In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













CAT DEVANT UNE HTA

DR S KHELIL

Définition

L'hypertension artérielle correspond à une augmentation de la pression

artérielle dans les artères. Elle est définie par une pression artérielle

supérieure ou égaleà 140 mm Hg pour la maxima et/ou supérieure ou égale à 90 mm Hg

pour la minima. La pression artérielle doit être mesurée au repos à plusieurs

reprises pour confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle

Intérêt de la question

-la première maladie chronique dans le monde

-Elle augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, de maladie coronaire, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de troubles cognitifs, et a été à l'origine de 7 à 8 millions de décès dans le monde en 2011

FDR réversible ou modifiable sous traitement

Classification de l'HTA

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
HTA Grade 1 (légère)	140-159	90-99
HTA Grade 2 (modérée)	160-179	100-109
HTA Grade 3 (sévère)	≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	> 140	< 90

AVANT DE DEBUTER LE TRAITEMENT

1) Confirmer le diagnostic, avec mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical.

2) Mettre en place les mesures hygiéno-diététiques.

3) Réaliser un bilan initial.

1) Confirmer le diagnostic:

avec mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical (auto mesure, MAPA), sauf pour l'HTA sévère (PA supérieure ou égale à 180/110 mm Hg)

2) Réaliser un bilan initial

- un examen clinique, avec recherche de facteurs provoquant ou aggravant une HTA,
- un bilan biologique comportant ionogramme sanguin, créatinémie avec débit de filtration glomérulaire estimé, glycémie à jeun, bilan lipidique et protéinurie, la recherche de la micro albuminurie n'est recommandée que

chez le diabétique,

- un électrocardiogramme de repos

Classification du risque absolu en fonction de la PA et des FdR associés

		Niveau de la PA, mmHg		
		Grade 1 140-159/90-99	Grade 2 160-179/100-109	Grade 3 ≥180/110
FDR ou antécédent	Groupe A : pas d'autre FDR	Faible	*Moyen*	**Elevé**
	Groupe B : 1-2 autres FDR	*Moyen*	*Moyen*	**Elevé**
	Groupe C : 3 FDR, ou diabète, ou antécédent cardiovasculaire	**Elevé**	**Elevé**	**Elevé**

3) Mettre en place les mesures hygiéno-diététiques.

- réduire une consommation excessive de sel,
- pratiquer une activité physique régulière,
- réduire le poids en cas de surcharge pondérale,
- réduire une consommation excessive d’alcool,
- privilégier la consommation de fruits et de légumes,
- interrompre une intoxication tabagique

Une hypokaliémie, une insuffisance rénale, une protéinurie doivent faire suspecter une HTA secondaire.

Plan de soin initial(six premiers mois)

1 - Obtenir un contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois

Les visites au cabinet médical doivent être mensuelles, jusqu'à l'obtention de l'objectif tensionnel.

- L'objectif tensionnel , y compris chez les diabétiques et les patients avec maladies rénales, est d'obtenir une pression artérielle systolique comprise entre 130 et 139 mm Hg et une pression artérielle diastolique inférieure à 90 mm Hg, confirmées par une mesure de la PA en dehors du cabinet

médical.

- Des objectifs plus ambitieux peuvent être proposés chez certains patients, après avis spécialisé

Plan de soin initial(six premiers mois)

2 - Privilégier les cinq classes d’antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires chez les hypertendus

Par ordre d'ancienneté, il s'agit des diurétiques thiazidiques, des bétabloquants,des antagonistes calciques, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2(ARA2).

Les bétabloquants apparaissent moins efficaces que les autres classes pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux

3 - Individualiser le choix du premier traitement antihypertenseur:

Les 5 classes thérapeutiques peuvent etre utilisées

- Chez le patient diabétique à partir du stade de micro-albuminurie et l'hypertendu avec protéinurie, débuter au choix par un IEC ou un ARA2.

-Privilégier les médicaments dont la durée d'action permet une prise par jour

4 - Associer deux principes actifs

- Préférentiellement en un seul comprimé (bithérapie fixe), si la monothérapie ne permet pas le contrôle de la pression artérielle après un mois de traitement

-L’association de 2 bloqueurs du système rénine angiotensine (IEC, ARA2,inhibiteur de la rénine) n’est pas recommandée.

- L’association bétabloquant - diurétique augmente le risque de diabète.

5 - S’assurer de la bonne tolérance

-Les effets secondaires peuvent être une cause de mauvaise observance thérapeutique

-S’assurer de l’absence d’hypotension orthostatique, en particulier chez le sujet âgé, le patient insuffisant rénal ou le patient diabétique.

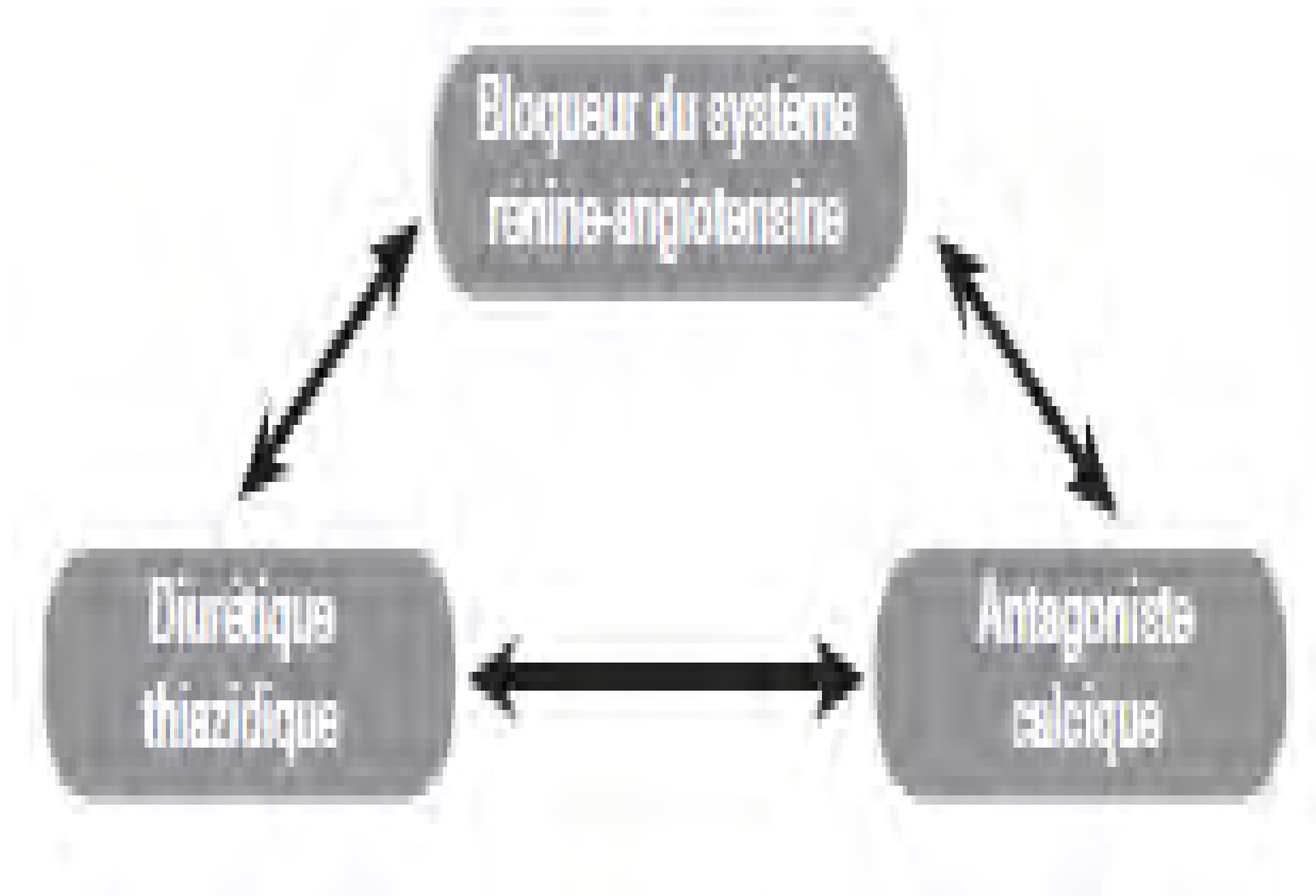
- Après chaque introduction ou adaptation posologique des bloqueurs du système rénine angiotensine et/ou des diurétiques, ou après un événement intercurrent, il est recommandé de réaliser un ionogramme sanguin avec créatinémie et débit de filtration glomérulaire estimé.

- Les diurétiques, IEC, ARA2 et inhibiteurs de la rénine doivent être arrêtés transitoirement en cas de situation de déshydratation

Plan de soin a long terme (après 6 mois)

1 - En cas d'HTA non contrôlée à six mois :

- s'assurer de la bonne observance des traitements,
- mesurer la pression artérielle en dehors du cabinet médical,
- rechercher une HTA secondaire et/ou de proposer d'autres associations de médicaments antihypertenseurs.
- vérifier la prescription d'une trithérapie anti hypertensive à posologie Optimale


Bloqueur du système
rénine-angiotensine
Diurétique
thiazidique
Antagoniste
calcique

2 - En cas d'HTA contrôlée

-évaluer le niveau tensionnel (favoriser l'automesure tensionnelle), les symptômes, et recherchant une complication cardiovasculaire,

-le dépistage et le suivi médical des comorbidités,

- un contrôle biologique annuel, avec ionogramme sanguin, créatinémie et débit de filtration glomérulaire estimé, ou plus fréquemment en cas de comorbidités, en particulier d'insuffisance rénale ou d'événement la favorisant (en particulier déshydratation).

Après 80 ans, il est recommandé:

- de fixer un objectif de pression artérielle systolique < 150 mm Hg, sans hypotension orthostatique,
- de ne pas dépasser la prescription de plus de trois antihypertenseurs,
- d'évaluer les fonctions cognitives

complications

Poussée hypertensive: PAS > 180 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg sans signes de souffrance viscérale

complications

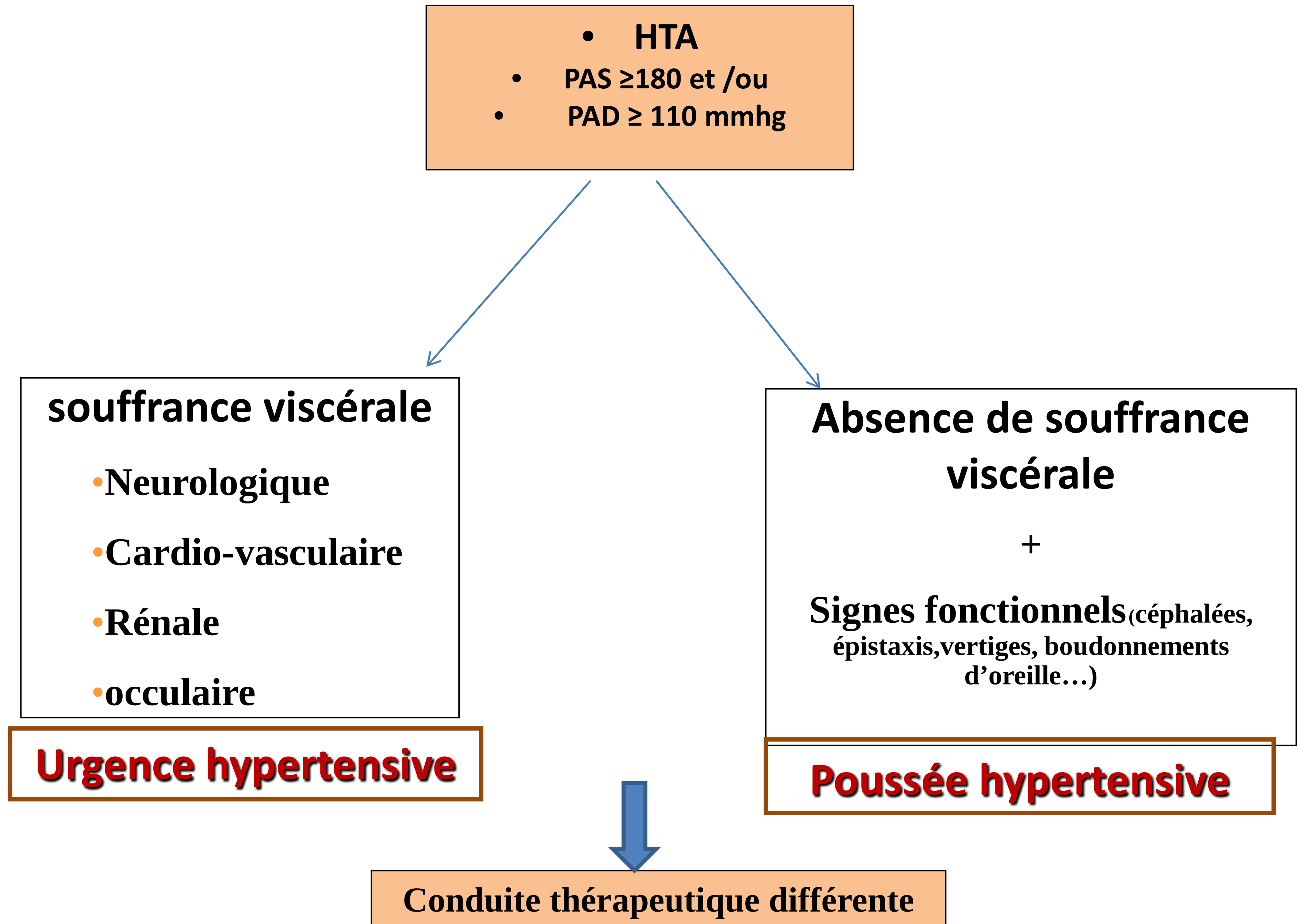
Urgence hypertensive: PAS > 180 mmHg et/ou PAD >110 mmHg avec signes de souffrance viscérale. Toutefois une élévation tensionelle au deçà de ces valeurs peut constituer une urgence hypertensive s'il existe une atteinte viscérale, en particulier chez la femme enceinte

complications

HTA maligne: PA >ou= 220/140 mmHg avec une rétinopathie hypertensive stade III ou IV, une insuffisance rénale ou une protéinurie. Elle constitue une véritable urgence hypertensive par le risque élevé d'encéphalopathie hypertensive

Urgences hypertensives EHS/ESC 2007

-Encéphalopathie hypertensive
-Insuffisance ventriculaire gauche
-Infarctus du myocarde
-Angor instable
-Dissection aortique
-Hémorragie méningée ou un accident vasculaire cérébral
-Crise de phéochromocytome
-Usage de stupéfiants
-HTA péri opératoire
-Pré éclampsie sévère ou éclampsie


HTA
PAS ≥180 et /ou
PAD ≥ 110 mmhg
souffrance viscérale
Neurologique
Cardio-vasculaire
Rénale
occulaire
Urgence hypertensive
Absence de souffrance viscérale
+
Signes fonctionnels (céphalées, épistaxis,vertiges, boudonnements d'oreille…)
Poussée hypertensive
Conduite thérapeutique différente

CAT devant

-Les poussées hypertensives:

un traitement anti hypertenseur d’action rapide (parentéral) n’est pas justifié.

Un repos de quelques heures conduit souvent à une baisse de la PA.

Au terme de cette surveillance, si les valeurs de la PA restent toujours élevées (traitement par voie orale progressif) selon les recommandations usuelles pour la prise en charge de l’HTA.

CAT devant

Les urgences hypertensives

-Si le patient a un déficit neurologique , un traitement anti hypertenseur d'urgence ne doit pas être administré avant une imagerie cérébrale

-Dès qu'une surveillance intensive est mise en place le traitement est administré par voie IV

NB: une hypotension brutale peut s'accompagner de complications neurologiques graves (ischémie cérébrale évoluant vers la cécité, sd pyramidal et hémiplégie)

Moyens thérapeutiques

Famille	Médicaments	Posologie
Inhibiteurs calciques	Nicardipine (Loxen®)	8 à 15 mg/h en 30' puis 2 à 4mg/h Adapter par palier de 0.5 mg/h
Vasodilatateurs Alpha-bloquants	Urapidil chlorhydrate (Eupressyl®)	2 mg/min (1 ml/min) Relais: 4,5 à 15mg/h (en moyenne 7,5).
Bêtabloquants	Labétalol chlorhydrate Trandate®	dose de charge de 1mg/kg en 1 minute dose d'entretien moyenne de 0,1mg/kg/h
Vasodilatateurs artériolaires	Nitroprussiate de sodium Nipride®	dose initiale :0,5 µg.kg-1.min-1 Augmenter progressivement jusqu'à 8µg.kg-1.min-1

Moyens thérapeutiques

Dérivés nitrés	Dinitrate-Isosorbide Risordan®	2 à 5mg/h Adapter par palier de 1 mg/h
Vasodilatateurs artériolaires	Dihydralazine Népressol®	50 à 100 mg/24h de façon progréssive
Diurétiques de l'anse	Furosémide lasilix®	1à 3 ampoules/j VIV
Vasodilatateurs agoniste dopaminergique.	Fénoldopam	0,1-0,3 mg/kg/mn

les indications spécifiques

AVC ischémique

- l'HTA est un FDR bien connu d'AVC: Pas de réduction urgente de l'élévation de la PA concomitante de l' AVC
- L'élévation tensionelle est souvent la conséquence et non la cause de l'AVC
- Vulnérabilité accrue du cerveau à l'ischémie
- A la phase aigue d'un AVC l'autorégulation cérébrale est profondément altérée et la perfusion de la zone de pénombre ischémique est étroitement dépendante de la PA:

Une élévation de la PA est une adaptation favorable au maintien de la perfusion de la zone entourant la lésion

AVC ischémique

- Dans les deux premiers jours suivant un AVC ischémique: Le traitement ne sera instauré ou renforcé
  - que si PA > 220/120 mmHg
  - Si PAS > 185 mmHg avec patient thrombolysé

- En cas de sténose carotidienne ipsilatérale à l'infarctus, Maintenir une la PAS ≥ à de 180 mmHg

- Les médicaments utilisés sont : labétolol, urapidil, nicardipine

- **AVC hémorragique**

➢ Le contrôle de la PA se justifie:

- à la phase aigue par le risque de récidive de saignement.
- secondairement par le risque d’ischémie par vasospasme

➢ Les recommandations préconisent d’abaisser la PA vers un objectif de 160/90 mmHg, d’autant plus que la PAS initiale est > 200 mmHg ou > 180 mmHg avec augmentation de la PIC

➢ Médicament utilisé: nimodipine, nicardipine

AVC ischémique et hémorragique

- tous les cas, au delà du 2e j l’objectif est une PA proche de 160/100 mmHg par un relais per os des anti hypertenseurs

- À 3 mois, l’objectif est une PA< 140/90 mmHg

Encéphalopathie hypertensive

- Baisse graduelle de la PA
- Médicaments: nicardipine, urapidil

OAP

- dérivés nitrés
- diurétiques de l’anse à renouveler chaque 20 min si nécessaire

Syndrome coronarien aigu

- Dérivés nitrés
- Béta bloquant

Dissection de l’aorte

Le traitement est médical et/ou chirurgical:

- Antalgiques (morphiniques)
- Béta bloquants (esmolol, labétolol)
- Nicardipine ou urapidil

Objectifs:

- PAS < 120 mmHg
- FC comprise entre 60 et 80 bpm

Eclampsie

- L'eclampsie peut compliquer une HTA gravidique, deux mécanismes: élévation sévère de la PA ou vasospasme cérébral
- Le traitement anti hypertenseur est alors indiqué pour protéger la mère et préparer l'extraction fœtale qui s'impose en urgence, avec comme objectif:

  - PAM entre 105 et 125 mmHg
  - PAS < 155 mmHg
- médicaments: labétolol, nicardipine et / ou urapidil

Elévation tensionelle en péri opératoire

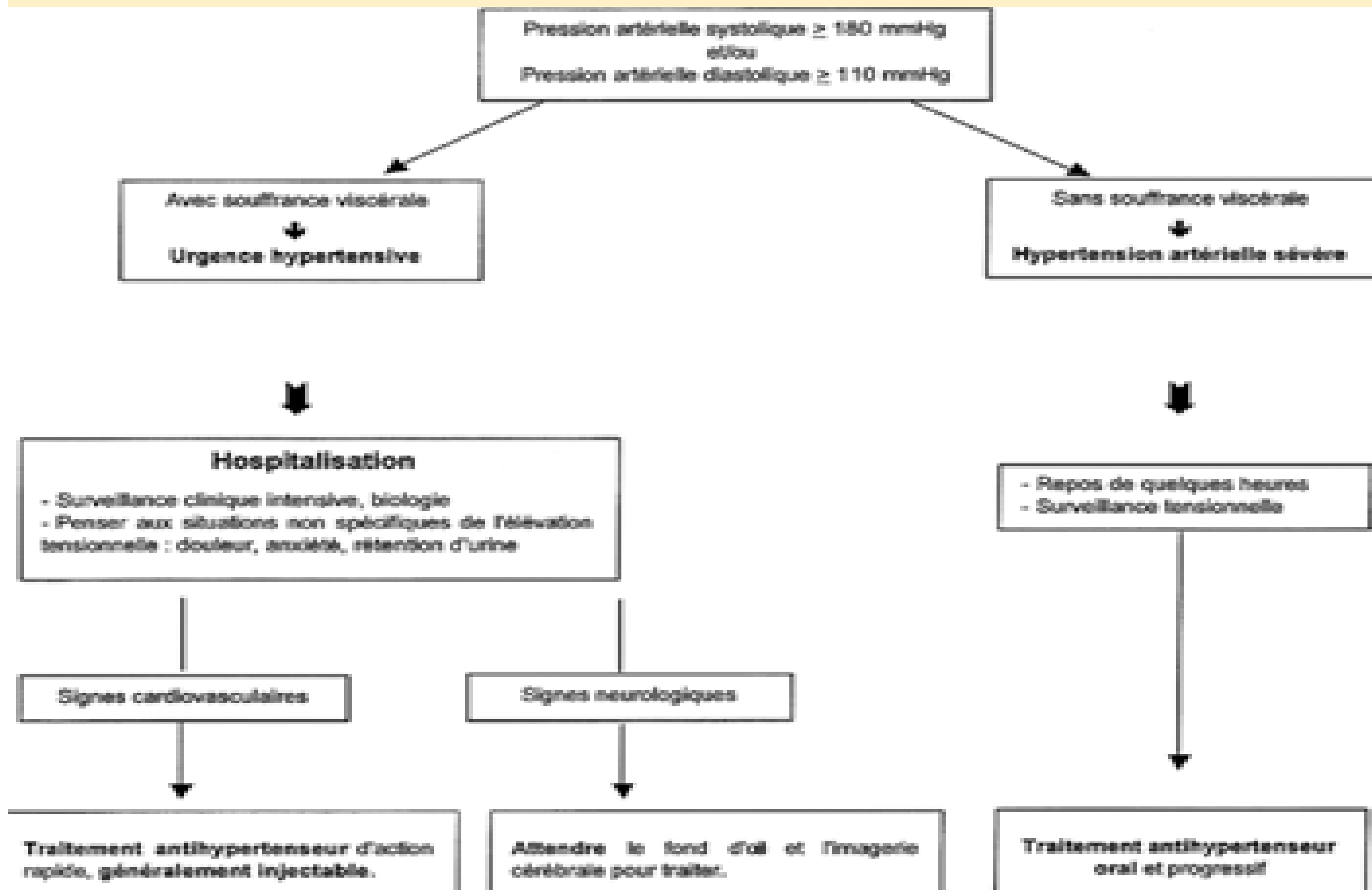
Résulte de l'accentuation brutale du phénomène de vasoconstriction artérielle sous l'effet d'une hyperréactivité noradrénergique provoquée par un stimulus nociceptif

Les risques sont par ordre de fréquence :

- ischémie coronaire,
- saignement des sutures vasculaires,
- OAP

Médicaments: DN, nicardipine, urapidil et esmolol

En résumé


Pression artérielle systolique ≥ 180 mmHg
et/ou
Pression artérielle diastolique ≥ 110 mmHg
Avec souffrance viscérale
Urgence hypertensive
Sans souffrance viscérale
Hypertension artérielle sévère
Hospitalisation
- Surveillance clinique intensive, biologie
- Penser aux situations non spécifiques de l'élévation tensionnelle : douleur, anxiété, rétention d'urine
- Repos de quelques heures
- Surveillance tensionnelle
Signes cardiovasculaires
Signes neurologiques
Traitement antihypertenseur d'action rapide, généralement injectable.
Attendre le fond d'œil et l'imagerie cérébrale pour traiter.
Traitement antihypertenseur oral et progressif

conclusion

- lors d’une élévation aigue de la PA, l’absence de précipitation et une analyse convenable de la situation sont les meilleurs gages d’une évolution favorable du patient
- Seule l’existence d’une souffrance viscérale définit l’urgence absolue et indique un traitement parentéral immédiat
- Celui-ci ne doit pas être brutal au risque de compromettre plus encore la perfusion des organes cibles
- Seule la dissection aortique justifie d’un abaissement rapide et profond de la PA.